



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК: 616.8-089:614.2:612.013(575.21)

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НАВОЙСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Бердиев Дилшод Очилевич, ²Ахмедов Мурод Эркинович,
³Мирзаев Алишер Умирзокович

¹Навоиский областной многопрофильный медицинский центр, Заместитель главного врача по хирургическим вопросам, врач нейрохирург, Республика Узбекистан, г. Навои
<https://orcid.org/0009-0006-6362-6870> (doctordilshod@gmail.com)

²Главврач Навоийского областного многопрофильного медицинского центра доктор медицинских наук, старший научный сотрудник., <https://orcid.org/0009-0007-5577-7570>
(Dokaxmedov74@mail.ru)

³Доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, начальник регионального управления «Зафаробод», Государственного Учреждения «Фонда Навоийского горно-металлургического комбината», Республики Узбекистан, Навои, <https://orcid.org/0000-0002-8216-54> (amirzaev296@gmail.com)



Резюме. В статье изложены исторические аспекты развития и организации нейрохирургической помощи во всем мире, нейрохирургическое лечение невралгия тройничного нерва, современные методы нейрохирургического лечения новообразований головного мозга, обзор сведений об эффективности современных методов лечения межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника, дифференцированный подход в лечение нейрохирургических пациентов. Оценка качество жизни и болевого синдрома с помощью опросников. Определение эффективности хирургического лечения и влияние на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, хирургическое лечение, новообразования голоного мозга, грыжа межпозвонкового диска, мониторинг осложнен, дифференцированный подход.



**ORGANIZATION OF HIGH-TECH NEUROSURGICAL CARE AND ASSESSMENT
OF QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS IN THE NAVOI REGION**

¹Berdiev Dilshod Ochilovich, ²Akhmedov Murod Erkinovich,

³Mirzaev Alisher Umirzokovich

¹Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center, Deputy Chief Physician for Surgical
Issues, Neurosurgeon

²Chief Physician of the Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center, Doctor of Medical
Sciences, Senior Researcher

³Doctor of Medical Sciences, senior researcher, Head of the Regional Administration
“Zafarobod”, State Institution “Navoi Mining and Metallurgical Plant Fund”, Republic of
Uzbekistan, Navoi.

Summary. This article presents the historical aspects of the development and organization of neurosurgical care worldwide, neurosurgical treatment of trigeminal neuralgia, modern methods of neurosurgical treatment of brain tumors, a review of the effectiveness of modern methods for treating lumbar intervertebral disc herniations, and a differentiated approach to the treatment of neurosurgical patients. Quality of life and pain syndrome are assessed using questionnaires. Determining the effectiveness of surgical treatment and its impact on patients' quality of life.

Keywords: trigeminal neuralgia, surgical treatment, brain tumors, intervertebral disc herniation, complicated monitoring, differentiated approach.

Актуальность. История нейрохирургии имеет очень большую давность, и ее истоки теряются в глубине веков. Прежде чем развилась цивилизация в долинах рек Нила, Тигра, Евфрата и Инда, в каменном веке — в период неолита — приблизительно за 7000 лет до н. э. племена кочевали по территории Западной Европы в захоронениях в XVII и XIX веках были обнаружены черепа с трепанированными отверстиями [1,2,6,9,11].

Современная нейрохирургия является одним из самых «молодых» разделов хирургии, получившим развитие на протяжении менее 100 лет. В течение ряда столетий хирургия нервной системы развивалась в широком русле общей хирургии и лишь сравнительно недавно нейрохирургия выделилась в самостоятельную дисциплину [2,9,11].

В последние годы в нейрохирургических отделениях используются новые методы диагностики и лечения больных с опухолями головного мозга. Неинвазивные методы диагностики позволяют выявлять эту нозологическую форму на ранних стадиях развития. Хирургические вмешательства стали выполняться с применением микроскопии, нейронавигации, стереотаксиса, УЗИ, эндоскопии. В современной медицине основным критерием оценки результатов лечения является качество жизни пациента [3,4,5,7,8,10,12].

Внедрение таких современных методов диагностики мульти спиральная компьютерная томография (МСКТ) с возможностью последующей обработки полученных данных для формирования изображений многоплоскостной реконструкции (MPR) и 3D-реконструкции повысили чувствительность и точность обнаружения [1,2,5].

В клинической медицине все чаще используется исследование качества жизни, потому что оно позволяет изучить влияние болезни на различные компоненты здоровья пациента и выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимой терапии. Внедрение передовых методов исследования качества жизни в клиническую практику позволило получить доступ к важной информации о аспектах функционирования больного. Эти данные могут быть использованы при разработке лечебно-реабилитационных программ и мониторинге состояния больного в процессе лечения [3,7,8,12].



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Цель - улучшение результатов нейрохирургического лечения и качества жизни пациентов путем дифференцированного подхода и применения высокотехнологичной нейрохирургической помощи.

Материал и методы. В данном научном исследовании приведены результаты анализа наблюдений за 314 пациентами с нейрохирургическими заболеваниями в период 2018-2024 гг. находящийся на стационарном лечении в областном многопрофильном медицинском центре Навоийской области.

Нами выбранный дифференцированный подход к тактике лечения базировался на клинической картине, объективных показателях инструментального обследования, степени выраженности неврологических признаков и оценке сознания пациентов по шкале комы Глазго и других методов.

Для оценки качества жизни применяли опросники: Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации.

Результаты и обсуждения

В наших исследованиях 314 пациентов на основании клинического проявления для удобства сравнения результатов их разделили на четыре группы.

В первую группу вошли 117 (37,3%) пациентов, в том числе 97 (31%) в первые обратившийся с опухолями головного мозга и 20 (6,4%) с опухолями спинного мозга, которым были проведены операции по удалению новообразований головного и спинного мозга.

Во вторую группу отнесли 82 (26,1%) пациента с дегенеративными заболеваниями позвоночника, которым были проведены операции по удалению грыжи межпозвонкового диска.

В третью группу вошли 57 (18,1%) пациентов из них 46 (14,6%) последствиями травмы позвоночника и последствиями черепно-мозговой травмы 11 (3,5%) нуждающийся в оказании реабилитационной помощи.

В своих исследованиях функциональные и другие заболевания отнесли в четвертую группу 58 (18,5%) пациентов. Это невралгия тройничного нерва 16 (5,1%), сосудистые заболевания головного и спинного мозга 14 (4,4%), а также врожденные аномалии Арнольда Кияри-1 у-25, кисты головного мозга-2, сколиозы позвоночника-1, их было 28 (8,9%) из общего числа наблюдений.

В четвертую группу вместе с функциональными нейрохирургическими заболеваниями включили и врождённые аномалии развития Арнольда Кияри-1 у-25, кисты головного мозга и врождённый сколиоз позвоночника 1 случай наблюдения (смотрите рис. 1).

Распределение изученных пациентов по группам, n=314



Рис. 1. Распределение пациентов по группам, n=314

В наших исследованиях 314 пациентов на основании клинического проявления нейрохирургических заболеваний во всех четырех группах подходили к лечению пациентов дифференцированно с применением высокотехнологических методов вмешательства.

В эпидемиологическом этапе исследования необходимо уточнить особенности географического расположения и демографической ситуации в области.

У пациентов с первичными опухолями головного мозга клиническая картина многообразна и связана с развитием как очаговой, так и общемозговой симптоматики. Момент проявления симптомов зависит от интенсивности распространения и месторасположения очага, что зачастую обеспечивает позднее выявление заболевания.

Степень и вид неврологических нарушений зависит только от расположения опухоли в тех или иных структурах ЦНС и их функциональной значимости. На сегодняшний день, опухоли ЦНС часто обнаруживаются при проведении МРТ или МСКТ исследований другими диагностическими методами.

В нашем исследовании распределение пациентов по нозологиям выглядело следующим образом (смотрите рис. 2).



Распределение пациентов с нейрохирургической патологией по нозологиям n=314

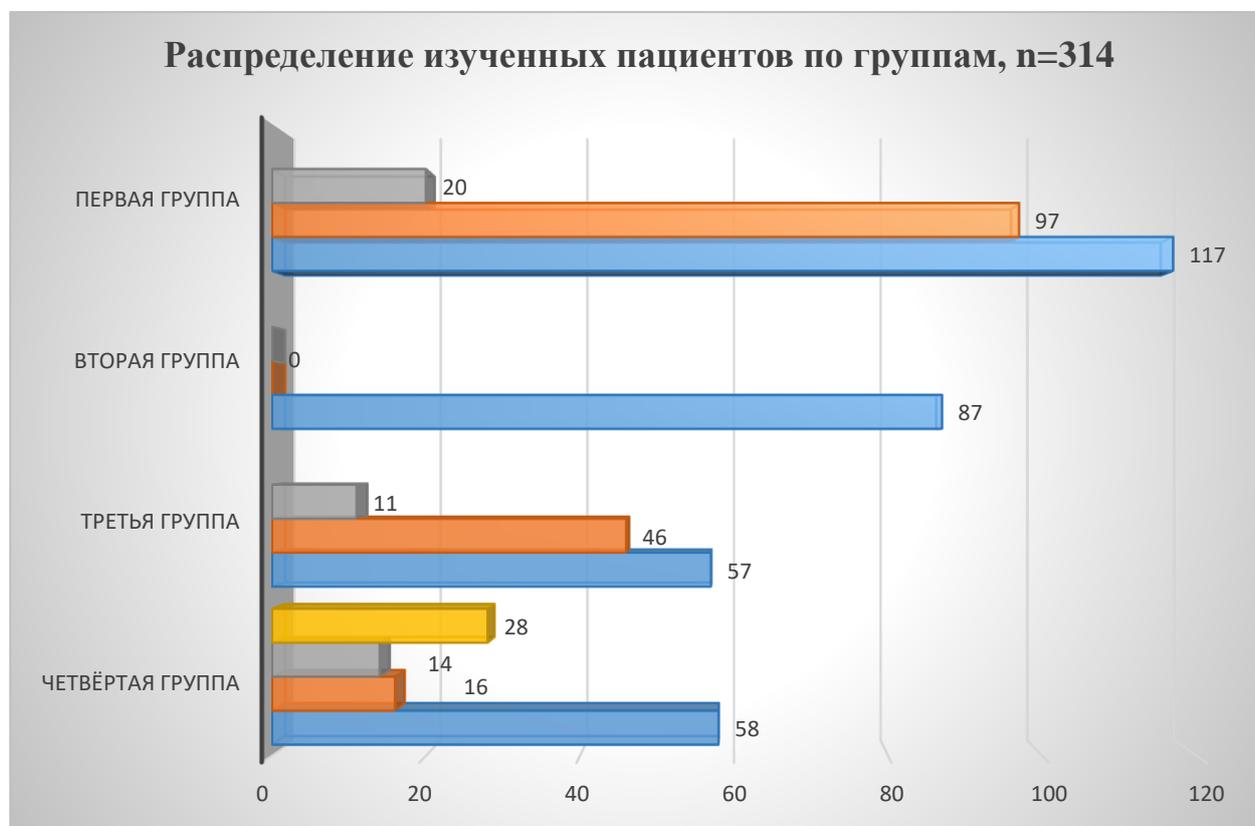


Рис.2. Распределение пациентов по нозологиям, n=314

В первой группе

■ - 117 (37,3%) пациентов; ■ - 97 (31%) пациентов с опухолями головного мозга; ■ - 20 (6,4%) с опухолями спинного мозга.

Во второй группе

■ - 82 (26,1%) пациенты с дегенеративными заболеваниями позвоночника осложнёнными грыжами поясничного отдела.

В третьей группе

■ - 57 (18,1%) пациентов нуждающийся в оказании реабилитационной помощи; ■ - 46 (14,6%) пациента с последствиями травмы позвоночника; ■ - 11 (3,5%) пациента с последствиями черепно-мозговой травмы.

В четвёртую группу

■ - 58 (18,5%) пациентов функциональными и другими заболеваниями; ■ - 16 (5,1%) пациентов с невралгией тройничного нерва; ■ - 14 (4,4%) пациента с сосудистыми заболеваниями голоного и спин. мозга; ■ 28 (8,9%) пациентов с врожденными аномалиями Арнольда Кияри-1-25, кисты головного мозга-2, сколиозы позвоночника-1.

По возрасту, больные распределены согласно классификации ВОЗ, где предусматривается выделение возрастных групп: молодой возраст 14-19 лет; младший средний возраст 20-44 года; старший средний возраст 45-59 лет; пожилой возраст 60-74 года; старческий возраст 75-89 лет; В наших наблюдениях больные были в возрасте от 24 до 79 лет, учитывая это, распределение пациентов по возрастным группам выглядит следующим образом.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

2 - TOM, MAXSUS SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

В первой группе распределение по возрасту и полу 117 (37,3%) пациентов, в том числе 97 (31%) с опухолями головного мозга и 20 (6,4%) с опухолями спинного мозга показало, что среди пациентов преобладали женщины - 71 (60,6%), мужчин было 46 (39,4%), что в 1,5 раза меньше, чем женщин. Большинство больных 48 (41,0%) старшего среднего и пожилого возраста, максимум больных пришелся на возрастную группу 50-64 года, 36 (30,7%), что согласуется с данными мировых учёных.

Во второй группе распределение по возрасту и полу 82 (26,1%) пациента с дегенеративными заболеваниями осложнёнными грыжами поясничного отдела позвоночника показало, что среди пациентов преобладали мужчины их, было 58 (70,7%), а женщины - 24 (29,3%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы. Большинство больных 34 (41,5%) старшего среднего и пожилого возраста, максимум больных пришелся на возрастную группу 50-64 года, 25 (30,5%), что согласуется с данными мировых учёных (смотрите табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту в исследуемых группах n=314

Группы	Общее число n=314, %	Мужчины n=185, %	Женщины n=129, %	Старший средний и пожилой возраст, (%)	Возрастная группа с максимумом случаев, (%) (%) (%)
I группа (опухоли головного и спинного мозга)	117 (37,3%)	46 (39,4%)	71 (60,6%)	48 (41,0%)	50–64 года 36 (30,7%)
II группа (дегенеративные заболевания позвоночника)	82 (26,1%)	58 (70,7%)	24 (29,3%)	34 (41,5%)	50–64 года 25 (30,5%)
III группа (пациенты, нуждающиеся в реабилитации)	57 (18,1%)	40 (70,2%)	17 (29,8%)	23 (40,3%)	50–65 лет 18 (31,6%)
IV группа (функциональные нейрохирургические заболевания)	58 (18,5%)	41 (70,7%)	17 (31,0%)	24 (41,4%)	60–65 лет 19 (32,7%)

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)

В третьей группе распределение по возрасту и полу 57 (18,1%) нуждающийся в оказании реабилитационной помощи пациентов показало, что среди пациентов преобладали мужчины их было 40 (70,2%), а женщины - 17 (29,8%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы. Большинство больных 23 (40,3%) старшего среднего и пожилого возраста, максимум больных пришелся на возрастную группу 50-65 года, 18 (31,6%), что согласуется с данными мировых учёных.



В четвёртой группе распределение по возрасту и полу функциональные и другие нейрохирургические заболевания 58 (18,5%) пациентов показало, что среди пациентов преобладали мужчины их, было 41 (70,7%), а женщины - 18 (31,0%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы.

При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 314 пациента у 121 (38,5%) больных отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 98 (31,2%) больных, ишемической болезнью сердца у 23 больных (7,3%). В 35 (11,1%) наблюдениях был отмечен сахарный диабет, у 8 (2,5%) больных печеночная патология и у 3 (0,9%) почечная недостаточность (смотрите рис. 3).

Показатели сопутствующей соматической патологии у пациентов, n=314

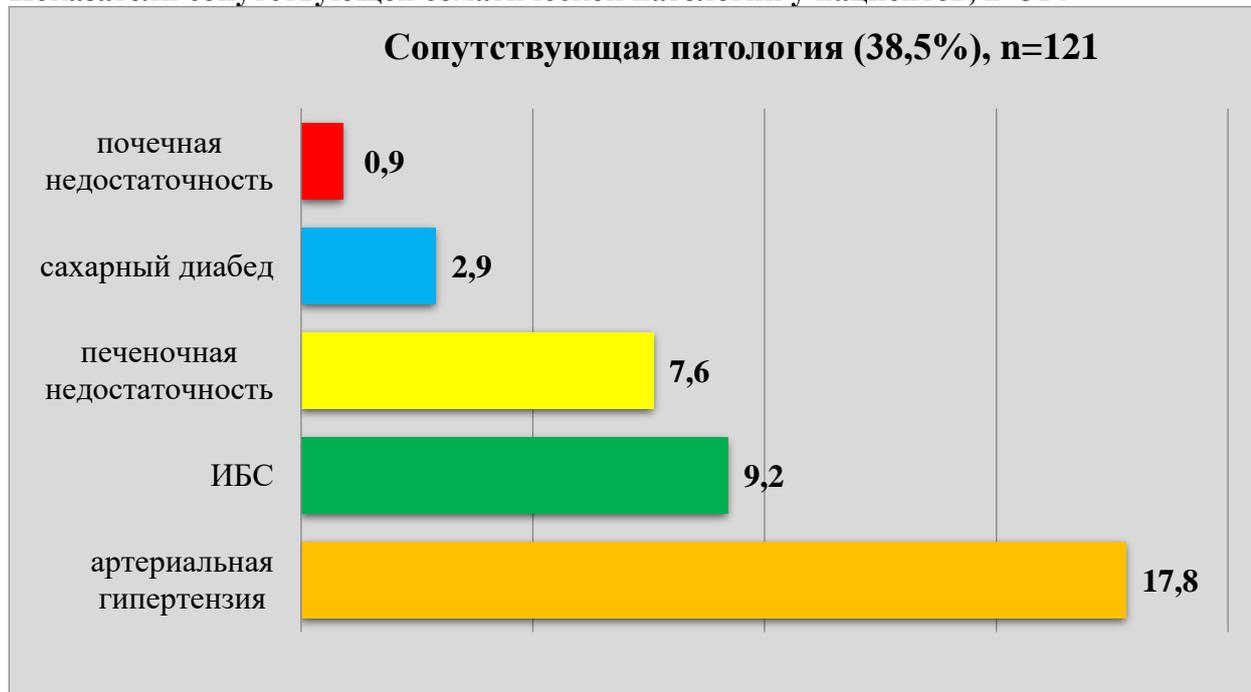


Рис. 3. Нозология соматической патологии у пациентов, n=121

Из общего числа 314 пациентов 117 (37,3%) наблюдались с новообразованиями, в том числе 97 (31%) с опухолями головного мозга и 20 (6,4%) с опухолями спинного мозга поступивших на лечение в стационар, у почти половины, 58 (49,6%), - при поступлении регистрировали состояние средней тяжести, у чуть более трети, 43 (36,7%), - тяжёлые, и лишь у 13 (11,1%) наблюдали удовлетворительное состояние; в крайне тяжёлом и агональном состоянии поступили 2 (1,7%) и 1 (0,85%) пациентов соответственно.

Исследование 117 пациентов по шкале комы Глазго ясное сознание сохранили 68 пациента, что составило 58,1 %. В умеренном оглушении было 16 (13,7%) и в глубоком – 9 (7,6%) больных. Распределение пациентов, находившихся в тяжёлом состоянии, было следующим образом: сопор - 9 (7,6%), кома I - 7 (5,9%), кома II - 5 (4,2%) больных. У оставшихся 2 (1,7%) пациентов была терминальная кома – кома III степени (смотрите табл. 2).



Таблица 2

Распределение пациентов по шкале комы Глазго (n=117)

Состояние сознания	Количество n=117	%
Ясное сознание	68	58,1%
Умеренное оглушение	16	13,7%
Глубокое оглушение	9	7,6%
Сопор	9	7,6%
Кома I степени	7	5,9%
Кома II степени	5	4,2%
Кома III степени (терминальная)	2	1,7%

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)

Клинико-неврологическом исследовании пациентов первой группы наблюдались следующие изменения: эпилептические припадки в наших наблюдениях зарегистрированы у 11 (9,4%); первичные генерализованные эпилептические припадки наблюдались по 24 (20,5%) пациентов, зарегистрировано у 16 (13,7%) судорожная готовность.

Головная боль явилась одним из постоянных симптомов и наблюдалась у 74 (63,2%) пациентов. Часто головная боль в период нахождения больного на стационарном лечении сопровождалась рвотой и тошнотой в 44 (37,6%) и в 55 (47,0%) случаях соответственно, также у 37 (31,6%) рвота была многократной.

Одним из наиболее распространенных симптомов при новообразовании головного мозга является нистагм, который отметили у 37 (31,6%) из общего числа 117 обследованных пациентов. По анализу данных исследования 117 наблюдений ригидность затылочных мышц отмечались у 57 (48,7%) пациентов. Двигательные нарушения в виде гемипареза зарегистрировали из общего числа 117 исследуемой группы у 26 (22,2%) пациентов. В наших исследованиях пациенты с опухолями головного и спинного мозга по тяжести состояния распределились следующим образом (смотрите табл. 3).

Таблица 3

Тяжесть состояния пациентов с новообразованиями при поступлении (n=117)

Состояние при поступлении	Количество n=117	%
Состояние средней тяжести	58	49,6%
Состояние тяжёлое	43	36,7%
Состояние удовлетворительное	13	11,1%
Состояние крайне тяжёлое	2	1,7%
Агональное состояние	1	0,85%

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)

В наших исследованиях из 82 пациентов со второй группы хирургическому лечению подверглись все, показаниями к оперативному лечению были: синдром конского хвоста с нарастающим нарушением функции тазовых органов и радикуло-ишемических проявлений; продолжительность корешкового болевого синдрома или боль в поясничной области не менее 4 недель; грыжа межпозвонкового диска любой локализации, но только на одном уровне, подтвержденная МРТ с аксиальными срезами; отсутствие эффекта от консервативного лечения.

Неврологические симптомы во второй группе всего 122 случаев, они могли сочетаются сразу несколько симптомов у одного того же пациента. Наиболее частой жалобой, предъявляемой пациентами второй группы, была боль в поясничном отделе позвоночника 43



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

случаев, второй по частоте была жалоба на нарушение походки и нарушение чувствительности по 26 случаев, третьей по встречаемости была жалоба на вынужденное положение тела из-за болевого синдрома 21 случаев. Неврологические симптомы: боль в пояснице-27 (32,9%); боль в пояснице с иррадиацией в одну ногу 9 (9,7%); боль в пояснице с иррадиацией в обе ноги 7 (8,5%); изолированная боль в ноге/ногах 7 (8,5%); нарушение походки 26 (31,7%); вынужденное положение тела из-за болевого синдрома 21 (25,6%); нарушение чувствительности 25 (30,5%) случаях наблюдений.

Это доказывает эффективность методов лечения пациентов грыжами поясничного отдела позвоночника при дифференцированном подходе.

В третью группу вошли 57 (18,1%) нуждающийся в оказании реабилитационной помощи пациенты, из них 46 (14,6%) последствиями травмы позвоночника и 11 (3,5%) последствиями черепно-мозговой травмы.

В наших наблюдениях в последствие черепно-мозговой травмы наблюдались 2 (18,2%) пациента с двигательными нарушениями в виде гемипареза получили комплексную реабилитационную лечение.

В последствие дегенеративными заболеваниями с грыжами поясничного отдела позвоночника нарушение чувствительности 20 (4,3%) пациента также получили комплексную реабилитационную лечение. При исследовании пациентов были выявлены различные виды нарушения и неврологические симптомы, которые сохраняются длительное время. Следует отметить, что вынужденное положение тела из-за болевого синдрома 21 (25,6%) пациентов после проведения реабилитационного лечение быстро регрессировали.

В четвёртую группу отнесли функциональные и другие нейрохирургические заболевания 58 (18,5%) случаях, из них невралгия тройничного нерва 16 (5,1%), сосудистые заболевания головного и спинного мозга 14 (4,4%), а также врожденные аномалии Мальформация Арнольда Кияри-25, кисты головного мозга-2, сколиозы позвоночника-1, их было 28 (8,9%) случаях из общего числа 314 наблюдений.

В наших исследованиях 16 пациентов анализ провоцирующих факторов по результатам исследования показал, что почти у всех пациентов наблюдались: провоцирующий фактор как жевание и разговор более 93 % случаев, второе место занимает фактор прикосновение - 8 % наблюдений, остальные холод, чистка зубов, умывание, бритье и открывание рта меньше 5 % случаев наблюдений.

Также проверяли наличие симптомов гипертонуса жевательных мышц, вегетативные расстройства, гипестезия зон иннервации отдельных ветвей или всей половины лица. При этом убедились, что для невралгии тройничного нерва характерно наличие коротких приступов (2-15 мин), которые могут часто повторяться (до 30 раз в сутки). Исследование нарушений чувствительности в зоне иннервации ветвей тройничного нерва дали следующие результаты.

В нашем исследовании 58 пациентов функциональных и других нейрохирургических заболеваний 25 (43,1%) составили аномалия развития Арнольда Кияри-1 (МАК-1), у которых самым частым и ранним симптомом заболевания наблюдалось головная боль, отмечался у 18 – 73% пациентов. Наиболее типичной является «кашлевая» головная боль. Характерным признаком, исходя из названия, является усиление боли в шейно-затылочной области при кашле, чихании наблюдалось у 12 – 48% пациентов. Подобное нарастание головной боли при проведении пробы Вальсовый отмечается у 75% пациентов.

Чувствительные нарушения в качестве первого проявления заболевания отмечают до 60% всех пациентов и чаще наблюдаются в руках. В общей сложности, нарушения чувствительности обнаружили в 19 – 76% случаев. Для пациентов с сопутствующей сирингомиелией характерны симптомы поражения передних рогов спинного мозга.

Третьим по частоте проявления МАК-1 является спинальный пирамидный синдром, представленный тетра-, пара- или гемипарезом. Нарастающая слабость в верхних конечностях



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

в качестве первого проявления заболевания отмечается у 44% пациентов, в нижних – у 39%. При двустороннем поражении характерна асимметрия паретических расстройств. В общей сложности, двигательные нарушения выявляются у 20 – 80% пациентов.

Пирамидные симптомы у наших пациентов сочетались с мозжечковой и стволовой симптоматикой. У 13– 52% пациентов заболевание проявляется мозжечковой симптоматикой в виде нарушения статики, походки, дисметрии, диссинергии и интенционного тремора.

Нарушение функции черепно-мозговых нервов отмечались у 16 - 64 % пациентов. У 10 - 25% из них заболевание дебютирует одно- или двухсторонним поражением каудальной группы нервов (дисфония, дисфагия, атрофия мышц языка и т.д.).

Нарушения ночного дыхания отмечено у 50 - 70 % пациентов в виде гипопноэ, центральным или обструктивным апное, вплоть до острой дыхательной недостаточности.

Исследование качества жизни 314 пациентов достигалось с применением Европейского Опросника Качества Жизни Euro Qol-5D и для определения болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу.

Во всех исследуемых группах больше всего ухудшались параметры опросника Euro Qol-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия это связано с тем, что, болевой синдром является самым сильным раздражителем, влияющий на эмоциональное состояние и качество жизни пациентов. Исследование качество жизни пациентов во всех группах проводились до и после проведения хирургического лечения (смотрите рис. 4).

Показатели качества жизни у пациентов до лечения n=314

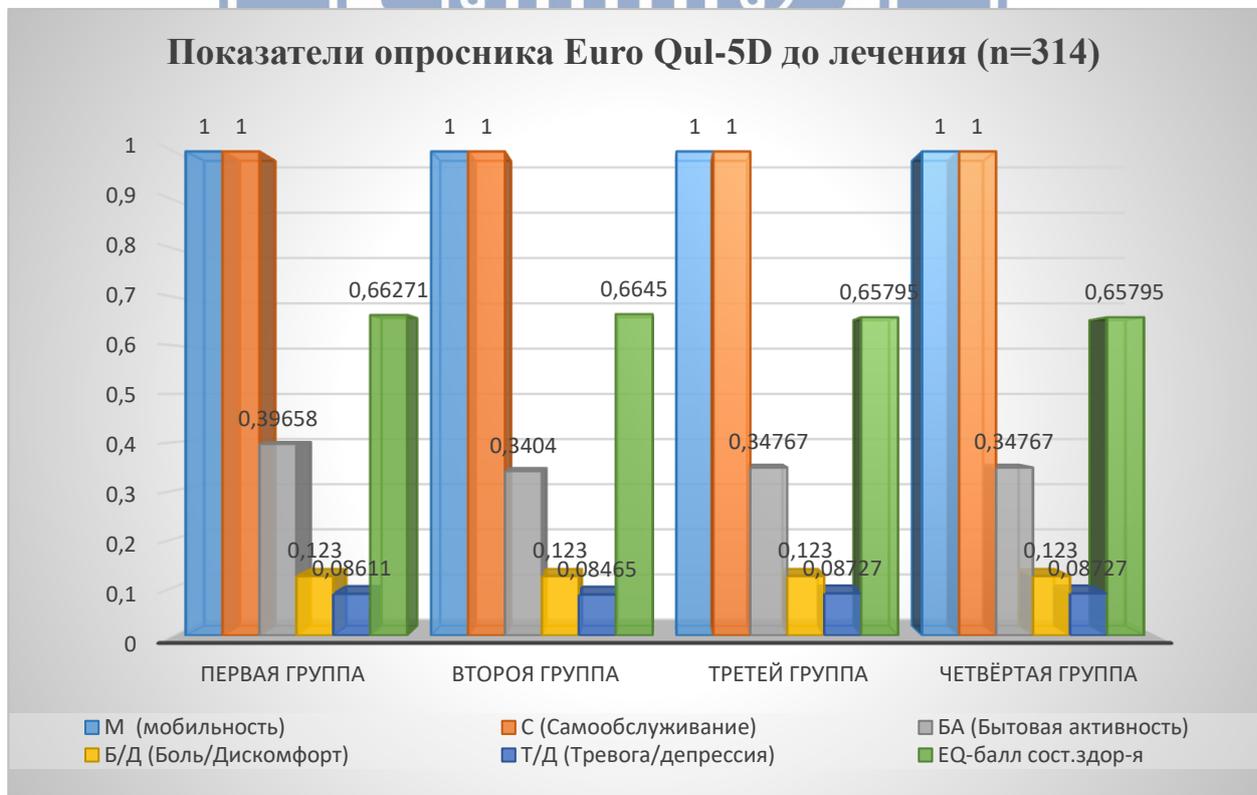


Рис. 4. Показатели качества жизни до лечения, n=314

В наших наблюдениях анализ результатов исследования качества жизни пациентов показали, что данные, полученные во всех четырёх группах различные. Исследование качество жизни пациентов показало, что, больше всего страдает параметры боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому способствует эмоциональное состояние пациентов.



Болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную состояние пациентов являясь провоцирующим фактором ухудшения состояние.

Переживание боли способно навести на крайне негативные размышления, которые вызовут страхи усиления боли, повреждения и последствий у пациентов вырабатывает некий доминантный очаг в головном мозге как своего рода пусковой механизм возникновения боли. Поведение избегания закрепляется очень быстро, поскольку это приводит к усилению страха, ограничению физической активности и к другим физическим и психологическим последствиям, которые способствуют нетрудоспособности и распространению боли в сою очередь все высшее изложенные факторы способствует ухудшению качество жизни пациентов (смотрите рис. 5).

Показатели качества жизни у пациентов после лечения n=314

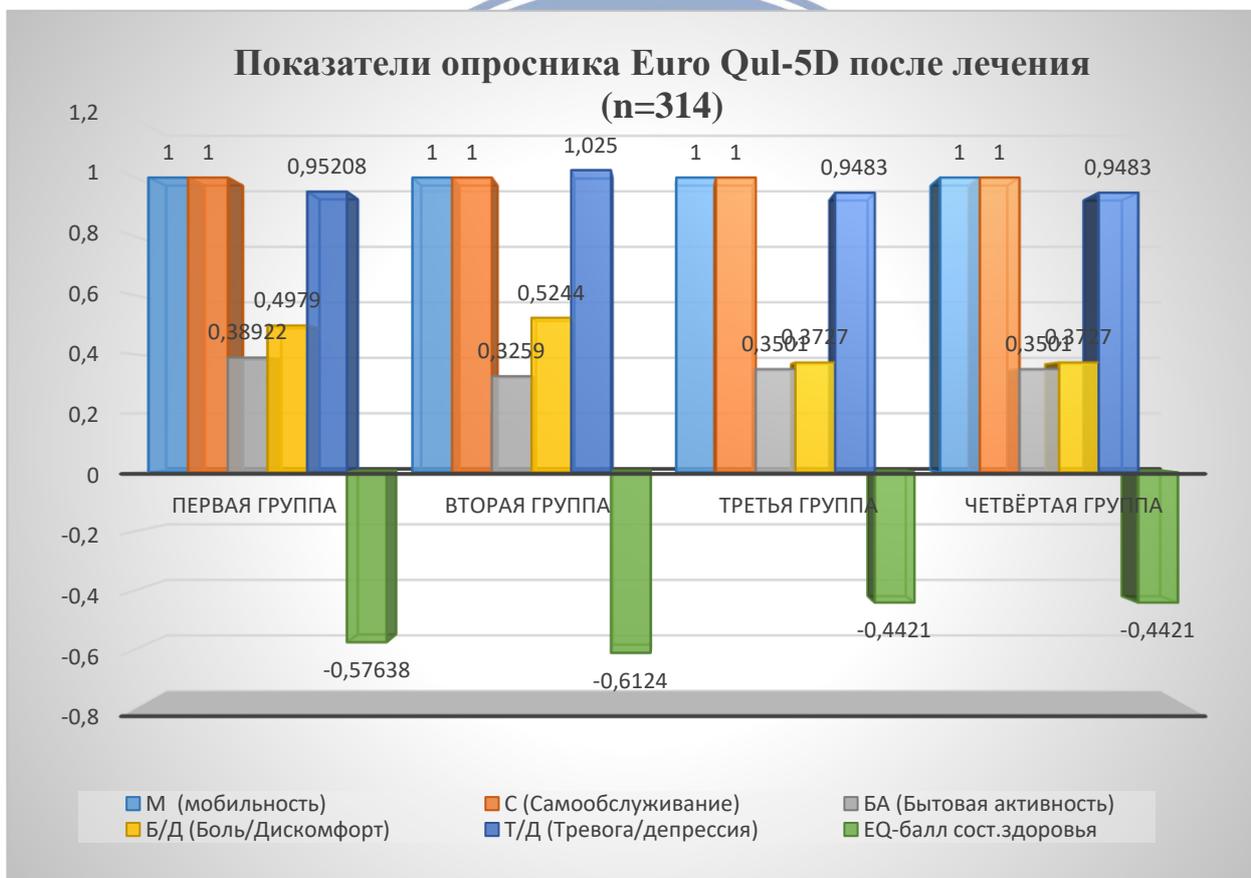


Рис. 5. Показатели качества жизни после лечения, n=314

В наших исследованиях применения шкалы ВАШ после лечения при различных нейрохирургических заболеваниях дали следующие результаты, после проведения хирургического лечения во всех четырёх группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь у двух пациентов первой группы, одного пациента второй группы и четырех пациентов третьей группы, что доказывает эффективность методов лечения при дифференцированном подходе.

В наших наблюдениях исследование болевого синдрома всех 314 пациентов показало следующие результаты: настороженность и отслеживание вредных факторов, а также вера в то, что эти сигналы прогрессирования заболевания, могут превратить даже слабую боль в нестерпимую боль. Это немало важный феномен отрицательно влияет на качество жизни (рис. 6.7)



Показатели болевого синдрома у пациентов до лечения n=314

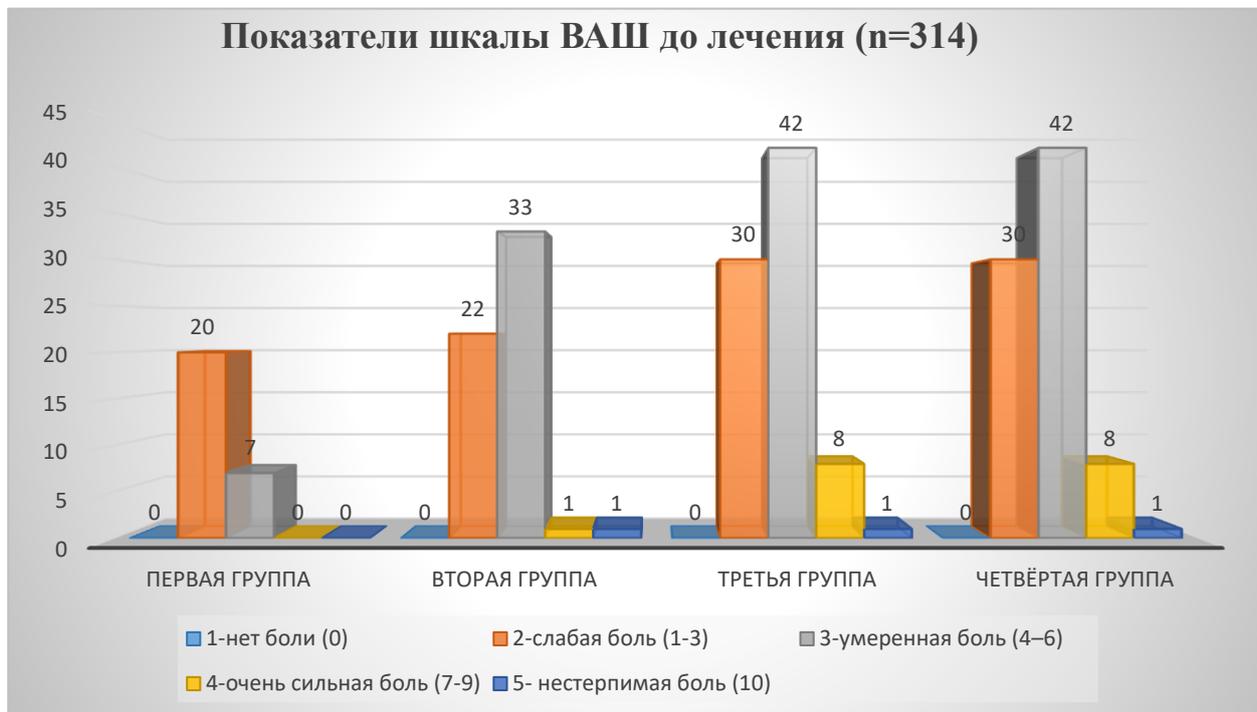


Рис.6. Показатели болевого синдрома до лечения n=314
Показатели болевого синдрома у пациентов после лечения n=314

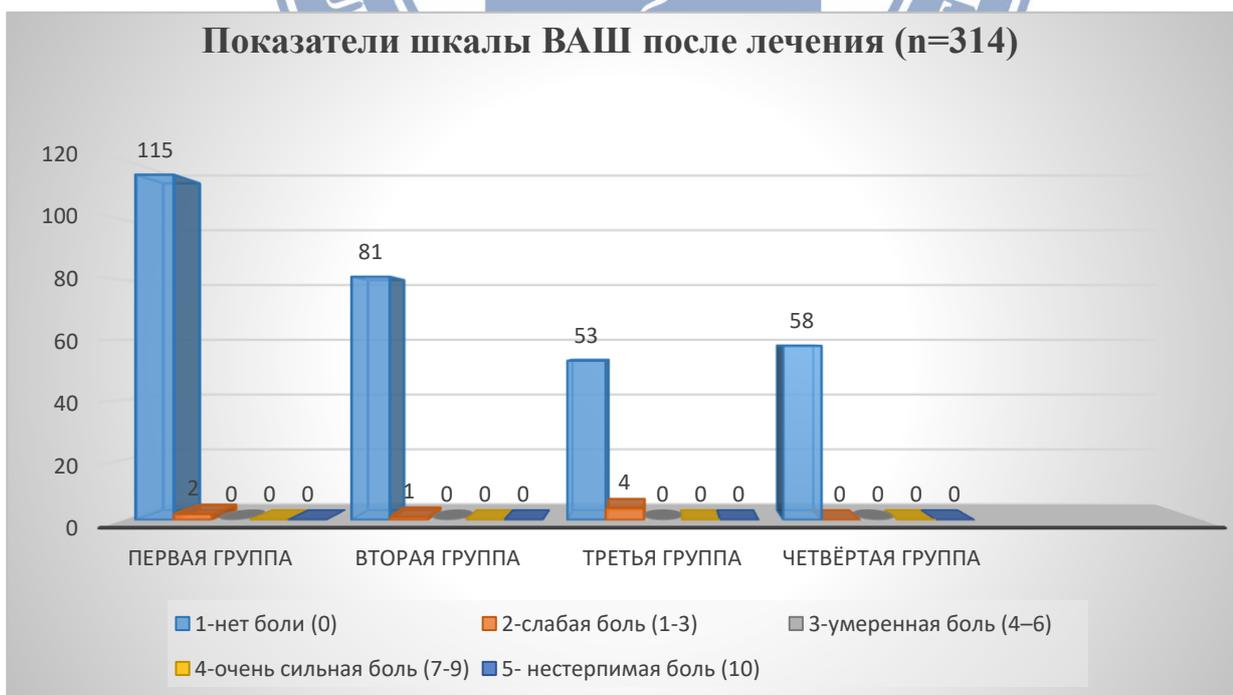


Рис.7. Показатели болевого синдрома после лечения n=314

Таким образом, в результате анализа данных исследования всех 314 пациентов можно делать выводы что, настороженность и от слеживание вредных факторов, а также вера в то, что эти сигналы прогрессирования заболевания, могут превратить даже слабую боль в



нестерпимую боль.

Выводы

1. Нейрохирургическая служба в Навоийской области организовано на хорошем уровне применяются около 80 % высокотехнологические методы нейрохирургического лечения, оснащённость составляет 60% заболеваемость с опухолями головного мозга на 100 тысяч населения 4 % от общего процента онкозаболеваний по Республики Узбекистан.

2. При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 314 пациента у 121 (38,5%) больных отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 98 (31,2%) больных, ишемической болезнью сердца у 23 больных (7,3%). В 35 (11,1%) наблюдениях был отмечен сахарный диабет, у 8 (2,5%) больных печеночная патология и у 3 (0,9%) почечная недостаточность. Основными противопоказаниями для проведения высокотехнологичных нейрохирургических вмешательств являются противопоказание к даче общего наркоза и отсутствие оборудования.

3. Из общего числа 314 пациентов 117 (37,3%) наблюдались с новообразованиями, в том числе 97 (31%) с опухолями головного мозга и 20 (6,4%) с опухолями спинного мозга поступивших на лечение в стационар, у почти половины, 58 (49,6%), - при поступлении регистрировали состояние средней тяжести, у чуть более трети, 43 (36,7%), – тяжёлые, и лишь у 13 (11,1%) наблюдали удовлетворительное состояние; в крайне тяжёлом и агональном состоянии поступили 2 (1,7%) и 1 (0,85%) пациентов соответственно что сильно влияет на качество жизни пациентов.

Исследование нашей выборки из 117 пациентов по шкале комы Глазго ясное сознание сохранили 68 (58,1 %) пациента. В умеренном оглушении было 16 (13,7%) и в глубоком – 9 (7,6%). Распределение пациентов, находившихся в тяжёлом состоянии, было следующим образом: сопор - 9 (7,6%), кома I - 7 (5,9%), кома II - 5 (4,2%) пациентов.

Список литературы

1. Ашхацава Т.И., Татарина М.Ю., Когония Л.М., и др. / Актуальные вопросы клиники первичных опухолей головного мозга // Медицинский совет. — 2019. — 19. — С. 181-188. doi: 10.21518/2079-701X-2019-19-181-188.
2. Габидуллин А.Ф., Данилов В.И., Алексеев А.Г. / Неврологический дефицит у больных после удаления опухолей головного мозга с использованием высокотехнологичных нейрохирургических методов и оптимизация лечения больных этой группы // Неврологический вестник. 2015. Т. 47, № 2. С. 26-29.
3. Евсина О.В. / Качество жизни в медицине - важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»:2013. №1. - С.119-133.
4. Жарова Е.Н., Кирьянова В.В., Могучая О.В., Симонова И.А. / Опыт организации реабилитации больных нейрохирургического профиля в условиях специализированной клиники // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2015. Т. 14, № 3. С. 36-39.
5. Кит О.И., Закондырин Д.Е., Гринь А.А., Росторгуев Э.Е., Юндин С.В. / Опыт лечения опухолей позвоночника, осложненных компрессией спинного мозга и его корешков // Инновационная медицина Кубани. 2022. Т. 7, № 1. С. 5-11.
6. Лобановская О.Н., Сидорович Р.Р., Василевич Э.Н., Родич А.В., Терехов В.С., Ракоть Г.Ч. / Краниотомия в сознании при различной нейрохирургической патологии: оптимизация метода и наш опыт использования // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. 2022. Т. 14, № S1. С. 181.
7. Николаев Е. Л. / Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? // Вестник Чувашского университета. – 2014. - № 2. – С.310-315.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

8. Akshulakov S., Aldiyarova N., Ryskeldiyev N. et al. / Introduction of Questionnaires for Quality of Life of Patients with Malignant Tumors of the Central Nervous System into Neurosurgical Practice in the Republic of Kazakhstan // Asian Pac. J. Cancer Prev. 2016. Vol 17, № 2. P 873-876. DOI: 10.7314/apjcp.2016.17.2.873. PMID: 26925695.
9. Alankar K., Vishwanath S., Joshua D.B., Alfredo S. A., Pablo A.V. / Hyperspectral imaging in neurosurgery: a review of systems, computational methods, and clinical applications // Journal of Biomedical Optics February 2025 • Vol. 30(2) 023511.
10. Eesha Y., Nimirta S., Dua A. Z., Shiza A., Fatima S., Shahzad A. Kh., Bipin Ch., Saad J. / Intersection of Care: Navigating Patient-Hospital Relationships in Neurosurgery // World neurosurgery, <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2024.10.077>.
11. Jukka H., Timo K. / Optimizing neurosurgery clinic operations: a comparative study of interventions in Finland’s public healthcare system // International Journal for Quality in Health Care, 2024, 36(4), mzae106 DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae106> Advance Access Publication Date: 19 November 2024.
12. Moritz U., Rene H., Lucas R., Katharina B., Arwin R., Andreas K., Christoph J.G. / Christoph Schwartz Surgical treatment of meningiomas improves neurocognitive functioning and quality of life – a prospective single-center study // Acta Neurochirurgical (2024) 166:402 <https://doi.org/10.1007/s00701-024-06295-5>

